

Приложение № 2
к договору № 000 от
на предоставление платных медицинских услуг

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
несовершеннолетнего пациента и его законного представителя**

Я,
дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность:
паспорт
дата выдачи
выдан
адрес
телефон

являясь законным представителем несовершеннолетнего пациента:

пол:
Документ
дата рождения:
адрес

и действуя в его интересах на основании (документ, удостоверяющий законное представительство несовершеннолетнего лица):

Документ не предоставлен

На основании ФЗ №323 и в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в интересах Пациента настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего Пациента оператором – ООО «ЛДЦ «Медицина», 143300, Московская область, Наро-Фоминский р-н, г. Наро-Фоминск, ул. Шибанкова, д. 3, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-007658 от 12 мая 2016 года.

Подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных, моих и представляемого мной несовершеннолетнего Пациента, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных, в том числе относящихся к состоянию здоровья, представляемого мной несовершеннолетнего Пациента, необходима для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также необходима для заключения и исполнения договора, в соответствии с которым Клиника оказывает мне медицинскую помощь, для оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими учреждениями-соисполнителями, включая осуществление прямых контактов с помощью средств связи (по телефону, электронной почте).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных, представляемого мной несовершеннолетнего пациента: фамилия, имя, отчество, пол и дата рождения, адрес регистрации и места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых Клиникой способов обработки:

1. Получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных, в том числе у уполномоченных третьих

2. Хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
3. Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
4. Использование персональных данных в связи с оказываемыми услугами;
5. Передача персональных данных субъекта в установленном порядке по внутренней или внешней сети по защищенным каналам связи, на материальных носителях;
6. Блокирование;
7. Уничтожение.

Клиника также вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Клиника имеет право во исполнение своих обязательств по договору оказания медицинских услуг на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку персональных данных, представляемого мной несовершеннолетнего пациента, в течение всего срока действия договора с Клиникой, в соответствии с которым Клиника оказывает мне медицинскую помощь, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством.

Я подтверждаю ознакомление со следующими правами:

1. На получение сведений о Клинике, о месте ее нахождения, о наличии у Клиники персональных данных моих и представляемого мной несовершеннолетнего пациента, а также на ознакомление с такими персональными данными.
2. Требования от Клиники уточнения персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите прав своих и представляемого мной несовершеннолетнего пациента.
3. На получение при обращении или путем направления письменного запроса Клинике информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:
 - 1) подтверждение факта обработки персональных данных, а также цель обработки;
 - 2) способы обработки персональных данных, применяемые Клиникой;
 - 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;
 - 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
 - 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
 - 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Клиника при обработке персональных данных обязана принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Предоставляя свои контактные данные:
номер телефона:

адрес электронной почты:

я выражаю свое согласие на то, что на указанный номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты Клиникой будет направляться информация о запланированном посещении ООО «ЛДЦ «Медицина»» (о времени, месте и специалисте/процедуре)

Да Нет

я выражаю свое согласие на то, что на указанный адрес электронной почты оператором будет направляться информация о результатах лабораторных исследований, проведенных при оказании мне медицинских услуг

Да Нет

я выражаю свое согласие на то, что на указанный номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты оператором будет направляться информация об услугах ООО «ЛДЦ «Медицина»» в целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ.

Да Нет

Я подтверждаю, что являюсь законным владельцем и пользователем указанных номера мобильного телефона и адреса электронной почты. В случае изменения номера мобильного телефона/адреса электронной почты, передачи номера телефона/адреса электронной почты другому лицу в постоянное или временное владение/пользование, расторжения (приостановления) договора оказания услуг связи на указанный номер мобильного телефона, прекращения доступа к указанной электронной почте, наступления иных обстоятельств, препятствующих получению информации от оператора посредством указанных номера мобильного телефона и/или адреса электронной почты, обязуюсь незамедлительно уведомить об этом Клинику (ООО «ЛДЦ «Медицина»»). До получения Клиникой такого уведомления указанные номер мобильного телефона и адрес электронной почты будут считаться моими достоверными контактными данными, а настоящее согласие на получение информации по этим данным

действующим.

Выражая согласие на получение информации на указанные номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты, я обязуюсь обеспечить надлежащую защиту получаемой информации и принимаю на себя полную ответственность за возможное раскрытие третьим лицам моих, и представляемого мной несовершеннолетнего пациента, персональных данных (в том числе информации, относящейся к врачебной тайне).

Я знаю, что по достижении возраста 15 лет, представляемый мной несовершеннолетний пациент, имеет право на пересмотр всех согласий в том числе и настоящего и лично, без информирования законного представителя, предоставлять свое ИДС на обработку персональных данных и ИДС на медицинское вмешательство. Для изменения ИДС необходимо письменное заявление Пациента.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать данное согласие на обработку персональных данных (в том числе свое согласие о получении информации об услугах по телефону, адресу электронной почты) путем подачи письменного заявления Клинике, а также получить доступ к персональным данным при личном обращении либо путем направления письменного запроса Клинике.

Законный представитель несовершеннолетнего пациента:

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Дата:

Клиника: _____

(подпись, должность, ФИО)